Tulburările somatoforme

- Tulburările somatoforme sunt un grup de tulburări de “tip nevrotic”, recent introduse în taxonomia psihiatrică, (atât în DSM-IV cât şi în ICD-10) pentru utilitatea lor clinică, mai curând decât dintr-o presupusă etiologie comună. Scopul introducerii acestei categorii taxonomice a fost acela de a pune la un loc sub aceeaşi denumire tulburări polimorfe ca manifestare şi de a facilita medicilor de diferite specialități un diagnostic diferențial complet şi corect care să excludă condițiile medicale generale sau induse de substanțe psiho-active care ar putea să aibă simptome clinice asemănătoare.

- Conform clasificării internaționale a bolilor a OMS, ediția a zecea (ICD-10), tulburările somatoforme sunt tulburări care au ca principală trăsătură **simptome fizice** (somatice) percepute ca trăiri corporale neplăcute și perturbante ale corpului, sugerând o tulburare somatică pentru care nu există un substrat organic demonstrabil, sau mecanisme fiziologice cunoscute, și pentru care există argumente serioase sau o prezumție puternică că simptomele sunt legate de factori psihologici, de conflicte, de dificultăți sau trăiri neplăcute de viață.

- Acuzele somatice uneori multiple şi variate sunt de cele mai multe ori persistente în timp, iar pacientul solicită numeroase investigații medicale, în ciuda constatărilor negative repetate şi asigurărilor mediacle că simptomele nu au nici o bază somatică. Dacă este prezentă totuşi o tulburare somatică, ea nu explică natura şi extensiunea simptomelor sau suferinței; şi nici preocuparea excesivă a pacientului în această direcție.

- În aceste tulburări există adesea un comportament de captare a atenției (histrionic) a celor din jur şi a personalului medical, mai ales la pacienții care resimt eşecul lor de a convinge medicul de natura esențial somatică a bolii. Tulburările sunt frecvent întâlnite în unitățile medicale de diverse specialități şi mult mai rar în serviciile de psihiatrie; fapt care argumentează necesitatea unui "psihiatru de legătură" în spitalele unificate (generale, județene, etc.) care ar reduce foarte mult costurile investigațiilor şi tratamentelor utilizate, printr-un diagnostic adecvat.
- Simptomatologia cauzează o deteriorare semnificativă în domeniul social, profesional, ori în alte domenii importante de funcționare a persoanei.

Având în vedere clasificarea tulburărilor mintale şi de comportament promovată de OMS: ICD-10 şi manualul american de clasificare şi diagnostic a tulburărilor psihice (DSM-IV), reținem următoarele entități:

- Tulburarea de somatizare
- Tulburarea somatoformă nediferențiată
- Disfuncția vegetativă somatoformă
- Tulburarea conversivă
- Tulburarea somatoformă de tipul durerii persistente
- Tulburarea hipocondriacă
- Tulburarea dismorfică corporală
- Alte tulburări somatoforme
- Tulburarea somatoformă fără alte specificații

Neurastenia

- Sindromul oboselii cronice
- Sindromul (tulburarea) de depersonalizare-derealizare.

Caracteristicile clinice comune ale tulburărilor somatoforme sunt:

- prezentarea repetată a unor simptome fizice fluctuante (uneori listă scrisă de simptome);
- afectarea oricărui organ, sistem, funcție;
- insistența solicitării investigațiilor, serviciilor medicale;
- apelarea la servicii medicale multiple (doctor shoping); uneori pacientul menționează şi frecventarea vindecătorilor profoni, prezintă liste de medicamente şi remedii naturale deja utilizate fără succes;

Caracteristicile clinice comune ale tulburărilor somatoforme sunt:

- comunicarea rezultatului negativ al investigațiilor şi sugerarea unei cauzalități psihogene este receptată cu neîncredere;
- consultarea unui psihiatru se face la inițiativa altora, după mulți ani de evoluție;
- relatarea acuzelor este lipsită de participare afectivă;
- multiple acuze acompaniază tulburările de bază: anxietate, insomnie, epuizare, fatigabilitate.

Tulburarea de somatizare

- Este definită ca o manifestare ce apare ca o consecință a unui stres psihologic (sau a unui cumul de stresori psihosociali) şi se manifestă prin prezența unor acuze somatice multiple, recurente şi frecvent schimbătoare, care uneori persistă mulți ani înainte ca pacientul să se prezinte la psihiatru. Unii pacienți au o istorie de lungi peregrinări prin serviciile medicale, ale medicului de familie, ale medicilor de diverse specialități efectuând multiple investigații cu rezultate negative; sau chiar operații infructuoase şi spitalizări ce expun persoana la un risc crescut de morbiditate asociată cu aceste procedee.

Simptomele se pot referi la orice parte a corpului, cele mai comune fiind

- senzațiile gastrointestinale (durere, regurgitații, eructații, vomă, greață, diaree, intoleranță alimentară, meteorism),
- senzații cutanate (arsuri, furnicături, mâncărimi, dureri, amețeli, etc.),
- acuzele sexuale şi menstruale (indiferență sexuală, disfuncții sexuale, menstruații neregulate, sângerări menstruale excesive, vărsături în perioada sarcinii),
- simptome pseudoneurologice cum ar fi: pareze, tulburări de echilibru, pierderea sensibilității, tulburări de deglutiție, afonie, retenție urinară, diplopie, cecitate, surditate, convulsii, pierderea cunoştinței (ultimele simptome de tip neurologic ce au fost menționate sunt condiționate psihogen).

- Indivizii cu tulburări de somatizare își descriu de regulă acuzele în termeni plini de culoare, exagerați, fiind adesea inconsecvenți în precizarea simptomelor. Ei solicită în același timp tratament de la mai mulți medici, ceea ce poate duce la combinații de tratament complicate și uneori hazardate.
- Poate exista un comportament antisocial și impulsiv, amenințări și tentative de suicid și discordie maritală. Biografiile acestor indivizi, în special a celor cu tulburări de personalitate asociate, sunt adesea haotice și complicate.
- Asociate frecvent sunt tulburările de persoanlitate histrionică, borderline și antisocială.

Evoluția

- ***Evoluția*** tulburării este cronică şi oscilantă, cu episoade de 6-9 luni şi cu perioade de (relativă) liniştire de 9-12 luni, fiind adesea asociată cu perturbarea de lungă durată a comportamentului social, interpersonal şi familial, fiind mai frecventă la femei şi începând de obicei în viața adultă precoce (25-30 de ani). Remisiunile complete sunt rare.

Epidemiologie

- Prevalența pe durata vieții în populația generală este estimată la 0,1-0,2% sau chiar mai mult (0,5%).
- Raportul femei/bărbați este, după diferite studii, 5-20. Este posibil ca bărbații să fie subdiagnosticați şi în consecință, raportul real să fie mai apropiat de limita inferioară a intervalului. La o rată femei/bărbați de 5 la 1 prevalența pe durata vieții la femei în populația generală poate fi de 1-2%.
- Este mai frecventă printre cei mai puțin educați şi cu poziții sociale inferioare.

Comorbiditate

- Tulburarea de somatizare poate coexista cu alte afecțiuni, circa 2/3 din aceşti pacienți prezentând şi alte simptome psihiatrice, o jumătate din ei alte boli psihice (tulburare anxioasă, abuz de substanțe psihoactive, tulburare de stres posttraumatică).
- Dintre tulburările de personalitate (prezente la circa 70% din pacienții cu tulburare de somatizare) mai frecvente sunt cea histrionică, paranoidă, evitantă, borderline, antisocială.
- Frecvent se întâlneşte abuzul sexual în copilărie şi neglijarea afectivă (30-70%).

Etiopatogenie

Unele studii pledează pentru istoric familial, ceea ce ar sugera o etiopatogenie influențată genetic sau cultural (prin învățarea unor anumite comportamente de răspuns la stres). Argumentele în favoarea acestei ipoteze ar fi:

- 10-20% din rudele de gradul I de gen feminin al femeilor cu tulburare de somatizare dezvoltă afecțiunea la un moment dat,
- rudele masculine ale pacienților au în proporție mai mare tulburare de personalitate antisocială sau probleme legate de abuzul de substanțe psiho-active,
- studiile au o probabilitate de 5 ori mai mare să prezinte tulburare de somatizare dacă au un părinte biologic sau adoptiv care are boala.

Etiopatogenie

- Teoria psihanalitică conceptualizează tulburarea de somatizare ca defensă intrapsihică, susținând ipoteza că pacientul se apără de impulsurile, afectele inacceptabile (impulsurile sexuale sancționate cultural, senzații corporale,etc.), astfel încât simpomele fizice şi durerea ar fi pedeapsa meritată existenței unor asemenea impulsuri.

Diagnosticul pozitiv *al tulburării de somatizare se stabileşte cu ajutorul* ***criteriilor operaționale ale***

- ***DSM-IV-TR şi***
- ***ICD-10.***

Criteriile de diagnostic conform DSM-IV-TR pentru tulburarea de somatizare sunt:

A. Istoric de numeroase acuze somatice, începând înainte de vârsta de 30 de ani, care se manifestă pe o perioadă de câțiva ani şi rezultă în căutarea unui tratament sau în alterare semnificativă socială, ocupațională sau în alte domenii importante ale funcționării.

B. Fiecare dintre criteriile următoare trebuie să fi fost îndeplinit, simptomele individuale putând să apară în orice moment pe parcursul tulburării:

a). patru simptome algice: istoric de dureri legate de cel puțin patru localizări sau funcțiuni diferite (de ex.:cap, abdomen, zonă lombară, articulații, extremități, piept, rect, în cursul menstruației, în cursul actului sexual sau în cursul micțiunii);

b). două simptome gastro-intestinale: istoric de cel puțin două simptome gastro-intestinale, altele decât durerea (de ex.: greață, balonare, vărsături-altele decât în cursul sarcinii, diaree sau intoleranță pentru câteva alimente diferite);

c). *un simptom sexual*: istoric de cel puțin un simptom sexual sau reproductiv, altul decât durerea (de ex.: indiferență sexuală, disfuncție erectilă sau ejaculatorie, menstruații neregulate, hemoragie menstruală excesivă, vărsături pe parcursul sarcinii);

d). *un simptom pseudoneurologic*: istoric de cel puțin un simptom sau deficit care sugerează o condiție neurologică şi care nu se limitează la durere (simptome conversive cum ar fi tulburări de coordonare sau echilibru, paralizie sau slăbiciune localizată, dificultăți de deglutiție sau senzație de nod în gât, afonie, retenție urinară, halucinații, pierderi senzoriale tactile sau ale sensibilității dureroase, diplopie, cecitate, cofoză, convulsii; simptome disociative cum ar fi amnezia sau pierderea conştienței, alta decât leşinul).

C. Fie (1), fie (2):

(1) după investigarea adecvată, fiecare dintre simptomele de la criteriul B nu pot fi explicate pe deplin printr-o condiție generală cunoscută sau prin efectele directe ale unei substanțe (de ex.: un drog de abuz, un medicament);

(2). atunci când există o condiție generală legată de un simptom, acuzele somatice sau alterările sociale sau ocupaționale rezultate sunt excesive față de ceea ce ar fi de aşteptat pe baza anamnezei, a examenului somatic sau a datelor de laborator.

D. Simptomele nu sunt limitate sau produse intenționat (ca în tulburarea factică sau în simulare).

Un diagnostic cert, conform ICD-10, necesită următoarele:

a). Cel puțin 2 ani de simptome variabile şi multiple pentru care nu s-au găsit explicații somatice adecvate;

b). Refuz persitent de a accepta sfatul sau asigurarea mai multor medici diferiți că nu există o explicație somatică pentru simptome;

c). Un anumit grad de afectare a funcționării sociale şi familiale, ce este atribuit naturii simptomelor şi comportamentului rezultant.

Diagnostic diferențial

- Tabloul psihopatologic întâlnit în tulburarea de somatizare este frecvent nespecific, simptomele sunt cronice, variabile, fluctuante, suprapunându-se peste o multitudine de afecțiuni medicale generale.
- Cele 3 elemente care sugerează un diagnostic de tulburare de somatizare alta decât o afecțiune medicală sunt:
- 1) implicarea a numeroase sisteme de organe,
- 2) debutul precoce şi evoluția clinică, fără apariția de semne somatice la examenul clinic obiectiv şi
- 3) absența datelor de laborator sau rezultând din examinări paraclinice care să sugereze o afecțiune medicală generală.

Se exclud:

1. *Afecțiunile medicale*
2. *Afecțiuni psihiatrice*

Afecțiunile medicale care se prezintă ca simptome somatice cronice, vagi şi confuze, ce pot fi greşit diagnosticate ca somatizare.

Acestea includ:

- hiperparatiroidismul,
- porfiria,
- lupusul eritematos sistemic,
- scleroza multiplă,
- fibromialgia,
- endometrioza,
- miastenia gravis,
- sifilisul,
- infecția HIV,
- sindromul de articulație temporo-mandibulară,
- colonul iritabil,
- sindromul de astenie cronică.

Afecțiuni psihiatrice

1. Tulburarea de panică în care simptomele somatice survin doar în timpul atacului de panică. Atacurile de panică pot coexista însă cu tulburările de somatizare; când simptomele survin şi în afara atacurilor pot fi puse ambele diagnostice;
2. Anxietatea generalizată cu manifestări multiple;
3. Depresia cronică în care pacientul poate acuza simptome somatice ca o componentă a tulburării afective, cel mai frecvent : cefalee, perturbări gastrointestinale, sau durere neexplicată;

Afecțiuni psihiatrice

4. Schizofrenia cu idei delirante somatice multiple (în care acuzele somatice sunt mai ciudate fiind prezente şi alte criterii psihotice);
5. Abuzul de substanțe, mai ales dacă este clandestin, poate fi răspunzător pentru multe simptome confuze;
6. Simularea în care simptomele sunt “fabricate” în mod conştient, în scopul unui beneficiu secundar bine precizat, a unei probleme judiciare nerezolvate, sau a unei cereri de a fi considerat în incapacitate pe cauză de boală;
7. Tulburările factice, în care persoana respectivă simulează simptomele, pentru a avea un beneficiu, dar poate să nu conştientizeze clar motivația;

Afecțiuni psihiatrice

8. Tulburarea hipocondriacă. În tulburarea de somatizare accentul este pus pe simptome şi efectele lor proprii, în timp ce în tulburarea hipocondriacă atenția este direcționată pe prezența unui proces morbid progresiv şi consecințele lui incapacitante. În tulburarea hipocondriacă pacientul tinde să solicite investigații pentru a determina sau confirma boala de bază, în vreme ce pacienții cu tulburare de somatizare cer tratament pentru înlăturarea simptomelor. În tulburările de somatizare există de obicei un consul excesiv de medicamente, împreună cu lungi perioade de necomplianță, în vreme ce pacienții cu tulburări hipocondriace se tem de medicamente şi de efectele lor secundare, cerând asigurări prin frecvente vizite la diferiți medici.

Tratament

- Tratamentul nu are o specificitate deosebită, pacientul cu tulburare de somatizare beneficiind de tratament dacă se află în grija unui singur medic, care trebuie să-i asigure un orar regulat (lunar) de vizite.
- Dacă bolnavul frecventează mai mulți medici, va avea ocazia să-şi dezvolte excesiv tendința de a produce simptome somatice. Medicul curant (poate fi chiar medicul de familie) va identifica factorii psiho-sociali de stres relevanți printr-o anamneză psiho-socială; va fi efectuat un examen obiectiv atent, astfel încât pacientul să fie asigurat că nu este omisă o afecțiune medicală.

- Trebuie explicat faptul că simptomele au legătură cu stresul şi trebuie reasigurat pacientul că nu există nici o afecțiune medicală care să necesite tratament
- Se ține cont că aceşti pacienți nu doresc eliminarea simptomelor, ci o anumită relație afectivă şi înțelegere. Pacientul doreşte ca medicul să confirme faptul că este bolnav. Vom evita să constatăm suferința pacientului şi vom arăta că suntem de acord că există o problemă şi că dorim să-l ajutăm. Ca în orice caz de tulburare de "tip nevrotic, este necesară o psihoterapie. În maniera cea mai simplă a unei relații medic-pacient e necesar efortul de a înțelege factorii de stres care acționează în cazul pacientului respectiv şi ce mecanisme de compensare s-au dezvoltat la nivelul inconştient, preconştient sau conştient. Apoi e important să se stabilească ca obiective, comportamente adaptative mai potrivite. Dar, de multe ori e nevoie de o reală psihoterapie.

Medicul de familie, medicul curant poate insista asupra următoarelor aspecte:

- Să susțină reintroducerea şi întărirea comportamentului şi modului de comunicare specific unei persoane care nu este bolnavă;
- Să se recomande ca de câte ori este posibil să se poarte o discuție nu despre simptomele care-l preocupă ci privitor la alte teme;
- Să se organizeze întâlniri regulate cu pacientul, încât acesta să nu trebuiască să manifeste spontan simptomele sale obişnuite pentru a solicita ajutor;
- Investigațiile diagnostice să fie limitate;
- Demersurile educaționale pot avea impact semnificativ asupra costurilor îngrijirii şi nivelului funcțional al unei categorii de pacienți cu somatizare, care sunt des întâlniți în serviciile medicale.

- Consulația la pshiatru nu trebuie să marcheze sfârşitul relației terapeutice cu medicul de familie, ci doar să constituie o reevaluare a schemei terapeutice.
- Poate fi utilă terapia suportivă, psihoterapia individuală (dinamică sau comportamental-cognitivă) sau de grup.
- Uneori poate fi nevoie de admministrarea unui tratament medicamentos psihotrop, îndeosebi dacă sunt prezente comorbidități depresive (anxioase), dar acestea trebuie atent monitorizat, întrucât pacienții tind să utilizeze medicațiile într-o manieră proprie, încălcând prescripțiile medicale. Se utilizează benzodiazepine, inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei.
- În general evoluția este prelungită, fluctuantă şi rareori se remite complet.

Tulburarea somatoformă nediferențiată

- Este denumită şi sindromul de somatizare sau tulburarea de somatizare subclinică.
- Include diferite forme subclinice de somatizare: sindromul de oboseală cronică, alergii ecologice, sensibilități la diverse substanțe chimice şi fibromialgia.

Criteriile de diagnostic conform DSM-IV-TR sunt:

A. Una sau mai multe acuze somatice (de ex. oboseală, inapetență, acuze gastro-intestinale sau urinare);

B. Fie (1), fie (2):

(1). după investigarea adecvată, simptomele nu pot fi pe deplin determinate de o condiție medicală generală cunoscută sau de efectele fiziologice directe ale unei substanțe (de ex., un drog de abuz, un medicament);

(2). atunci când există o condiție medicală generală legată de un simptom, acuzele somatice sau alterările sociale sau ocupaționale rezultante sunt excesive față de ceea ce ar fi de aşteptat pe baza anamnezei, a examenului somatic sau a datelor de laborator;

C. Simptomele cauzează suferință semnificativă clinic sau alterări sociale, ocupaționale sau în alte domenii importante ale funcționării;

D. Durata tulburării este de cel puțin 6 luni;

E. Tulburarea nu este explicată mai bine de o altă tulburare mintală (de ex., o altă tulburare somatoformă, disfuncție sexuală, tulburare a dispoziției, tulburare anxioasă sau tulburare psihotică);

F. Simptomele nu sunt limitate sau produse intenționat (ca în tulburarea factică sau în simulare).

- Tabloul clinic şi evolutiv este asemănător tulburării de somatizare, însă poate lipsi maniera dramatică a plângerilor, acestea putând fi, comparativ, puține la număr sau pot fi total absente trăsăturile asociate pe plan social şi familial.

Epidemiologie

- Apare de obicei la femei tinere cu statut socio-economic scăzut.
- Este de 30 de ori mai frecventă decât tulburarea de somatizare.
- Prevalența pe durata vieții este cuprinsă între 4-11% (Brusco, Geriger,2000).

- ***Diagnosticul diferențial şi tratamentul*** urmăresc aceleaşi obiective ca şi în cazul tulburării de somatizare.

Disfuncția vegetativă somatoformă

Pacientul relatează simptome ca şi cum acestea s-ar datora unei tulburări somatice ale unui organ aflat sub control şi inervare vegetativă:

- sistemul cardio-vascular (“nevroza cardiacă”),
- sistemul respirator (sughițul psihogen, hiperventilația psihogenă),
- sistemul gastrointestinal (“diareea nervoasă”, “nevroza gastrică”),
- sistemul genito-urinar.

- Sunt prezente simptome de activare vegetativă autonomă ca : palpitații, transpirații, tremor, roşeață, care sunt persistente şi supărătoare.
- De asemenea, simptome subiective şi nespecifice pe care subiectul le corelează cu un organ sau sistem specific, cum ar fi algii, dureri efemere, apăsări, arsuri, distensii, senzații de balonare.
- Pacientul este preocupat şi îngrijorat de posibilitatea existenței unei tulburări serioase ce nu dispare în ciuda explicațiilor şi asigurărilor medicale, care îl informează că lipseşte dovada privind existența unei perturbări semnificative a structurii sau funcționării organului respectiv.

*Pentru un diagnostic cert, **conform ICD-10**, sunt necesare următoarele criterii:*

a). Simptomele de activare vegetativă autonomă, cum ar fi palpitațiile, transpirațiile, tremor, roşeață, care sunt persistente şi supărătoare;

b). Simptome adiționale subiective, referindu-se la un anumit organ sau sistem;

c). Preocupare şi îngrijorare privind posibilitatea existenței unei tulburări serioase (dar deseori nespecificate) ale organului sau sistemului respectiv, care nu dispare în ciuda repetatelor explicații şi asigurări medicale;

d). Lipsa unei dovezi privind existența unei perturbări a structurii sau funcționării respectivului organ sau sistem.

Diagnosticul diferențial

- ***Diagnosticul diferențial*** se face cu anxietatea generalizată unde predomină frica neprecizată anticipatorie şi componenta psihologică corespunzătoare a activității vegetative autonome. În tulburările de somatizare simptomele pot apare dar nu sunt nici proeminente, nici persistente în comparație cu celelalte senzații multiple, şi simptomele nu sunt atât de persistent atribuite unui anumit organ sau sistem.

- În continuare, redăm o clasificare a tulburărilor individuale din acest grup, indicându-se organul sau sistemul considerat de pacient ca aflat la originea simptomelor (după ICD-10):

- Cordul şi sistemul cardio-vascular

Include: nevroza cardiacă, sindromul “Da Costa”, astenia neurocirculatorie

- Tractul gastro-intestinal superior

Include: nevroza gastrică, aerofagia psihogenă, dispepsia şi piloro-spasmul

- Tractul gastrointestinal inferior

Include: flatulență psihogenă, sindromul colonului iritabil, sindromul diareic gazos

- Sistemul respirator

Include: tusea psihogenă, hiperventilația

- Sistemul urogenital

Include: creşterea psihogenă a frecvenței micțiunii, disuria

- Alte organe sau sisteme.

Tulburarea conversivă

- Tulburarea conversivă mai este denumită isteria de conversie, reacția conversivă, psihonevroza isterică de tip conversiv.

Criteriile de diagnostic pozitiv conform DSM-IV-TR sunt:

A. Unul sau mai multe simptome sunt deficite afectând funcția motorie voluntară sau senzorială care sugerează o condiție neurologică sau o altă condiție medicală generală;

B. Factorii psihologici sunt considerați a fi asociați cu simptomul sau deficitul, deoarece inițierea sau exacerbarea simptomului sau deficitului este precedată de conflicte sau de alți stresori;

C. Simptomul sau deficitul nu este produs intenționat sau simulat (ca în tulburarea factice sau în simulare);

Criteriile de diagnostic pozitiv conform DSM-IV-TR sunt:

D. După investigația corespunzătoare, simptomul sau deficitul nu poate fi explicat complet de o condiție medicală generală sau de efectele directe ale unei substanțe, ori de un comportament sau experiață sancționată cultural;

E. Simptomul sau deficitul cauzează suferință semnificativă clinic sau alterare socială, ocupațională sau în alt domeniu important al funcționării, ori justifică evaluarea medicală;

F. Simptomul sau deficitul nu este limitat la durere sau la o disfuncție sexuală, nu survine exclusiv în cursul tulburării de somatizare şi nu este explicat mai bine de altă tulburare mentală.

De specificat tipul de simptom sau deficit

- cu simptom sau deficit motor;
- cu simptom sau deficit senzorial;
- cu crize epileptice sau convulsii;
- cu tablou clinic mixt.

- Tulburarea conversivă constă în pierderea sau alterarea activității somatice, ce sugerează o tulburare organică, fiind expresia unei stări psihice modificate de cumulare a unor stresori sau de conflict intrapsihic. Tulburarea nu se află sub controlul voluntar şi după investigațiile corespunzătoare nu poate fi explicată prin nici o tulburare somatică sau mecanism fiziopatologic cunoscut.

- Cele mai clare şi clasice simptome de conversie sunt cele care sugerează o maladie neurologică cum ar fi: afonia, convulsiile, tulburarea coordonării sau echilibrului, akinezia, diskinezia, cecitatea, vedere “în tunel”, anosmia, anestezia şi parestezia. Mai rar simptomele de conversie pot implica sistemul vegetativ sau endocrin. Vărsătura, ca simptom de conversie, poate reprezenta repulsia şi dezgustul. Falsa graviditate poate reprezenta atât dorința cât şi teama de sarcină.

- De obicei simptomul se dezvoltă pe fondul unei situații stresante. El poate apărea brusc. Trăsăturile de personalitate histrionice sunt comune, dar nu invariabil prezente.
- Simptomul permite uneori pacientului să evite o activitate nedorită pentru el.

- Vârsta obişnuită la debut este adolescența sau începutul vieții adulte, dar simptomele pot apare pentru prima dată la o vârstă medie sau chiar în ultimele decade de viață.
- Evoluția conversiei depinde de intensitatea fundalului nevrotic pe care ea se dezvoltă; există conversii persistente, în contextul a ceea ce tradițional s-a numit “nevroza isterică”, şi care sunt cu atât mai durabile cu cât apar pe un fond de persoanlitate dizarmonică (de obicei, histrionică). Frecvent tulburarea împiedică activitățile vieții normale pe durata în care e prezentă.

Diagnosticul diferențial

- afecțiunile neurologice mai mult sau mai puțin manifeste sau oculte, alte afecțiuni medicale generale care ar putea determina simptomele respective; cazurile în care subiectul este consumator sau dependent de o substanță psiho-activă;
- alte tulburări mintale: schizofrenia, alte tulburări psihotice, tulburarea afectivă, atacul de panică însoțit de tulburări de deglutiție, alte tulburări somatoforme, tulburările factice şi simularea.

Tulburarea algică (Tulburarea somatoformă de tipul durerii persistente)

- Se prezintă ca un tablou clinic somatoform constând din prezența unei dureri persistente, severe şi supărătoare, care nu are substrat somatic sau fiziologic şi apare în asociație cu un conflict emoțional sau o problemă psiho-socială; este însoțită de obicei de o marcată creştere a nevoii de suport şi atenție din partea altor persoane şi/sau a serviciilor medicale.

Criteriile D.S.M.-IV-TR

A. Senzația de durere în unul sau mai multe sedii anatomice constituie elementul central al tabloului clinic, senzația fiind suficient de severă pentru a justifica atenție clinica.

B. Durerea cauzează suferință semnificativă clinic sau alterări sociale, ocupaționale sau în alte domenii importante ale funcționării.

C. Factorii psihologici sunt considerați a avea un rol important în debutul, severitatea, exacerbarea sau întreținerea durerii.

D. Simptomul sau deficitul nu este intenționalsau simulat (ca în tulburarea factică sau în simulare).

E. Durerea nu este explicată mai bine de o tulburare a dispoziției, o tulburare anxioasă sau de o tulburare psihotică şi nu îndeplineşte criteriile pentru dispareunie.

Tulburarea algică poate fi: acută - durată mai mică de 6 luni sau cronică- durată de 6 luni sau mai mare.

Tabloul clinic

- ***Tabloul clinic*** este dominat de durerea severă, ce nu respectă criteriile anatomice.
- Sediul cel mai frecvent al durerii este extremitatea cefalică, fața, zona dorsală inferioară, pelvisul. Dacă se asociază cu o boală somatică, severitatea este disproporționată cu datele clinice obiective.
- Preocuparea pentru simptomele dureroase devine progresiv scopul principal al existenței şi poate perturba diverse aspecte ale vieții cotidiene.
- Şomajul, invaliditatea şi problemele de familie sunt frecvent întâlnite printre subiecții cu forme cronice de durere. Poate apare secundar dependența sau abuzul iatrogen de antalgice (opiacee) şi benzodiazepine. Durerea poate duce la inactivitate şi la izolare socială, determinând în primul rând depresia şi reducerea rezistenței fizice, exprimată prin fatigabilitate. Se creează astfel un cerc vicios.

Tabloul clinic

- Durerea cronică poate fi asociată mai frecvent cu tulburările depresive secundare: depresie (în 30-50% din cazuri), distimie (probabil prezentă la toți bolnavii), pe când durerea acută cu cele anxioase. Tulburările menționate pot întâi precede tulburarea algică, sau pot apare concomitent cu ea.
- Tulburarea algică psihogenă acută cât şi cronică este asociată frecvent cu insomnia.

Diagnosticul diferențial

Diagnosticul diferențial exclude:

- durerea psihogenă din tulburările depresive anxioase sau schizofrenie şi, de asemenea,
- durerea datorată unor mecanisme psiho-fizice cum ar fi cea cauzată prin tensiune musculară, migrene, dispareunie.
- De asemenea, trebuie diferențiată de tulburările de somatizare (în care durerile nu sunt atât de persistente şi/sau dominante în comparație cu alte acuze), supralicitarea histrionică a unei dureri de cauză organică, de simulare şi de tulburările factice.

Evoluție

- Este variabilă, cu tendință spre cronicizare. Factorii importanți care par a influența recuperarea din tulburarea algică sunt participarea subiectului la activități cu orar regulat (de exemplu: la serviciu), spre a nu permite durerii să devină factor determinant în stilul de viață.

Epidemiologie

- Prevalența tulburării algice nu este cunoscută.
- Incidența maximă este în a treia şi a patra decadă de viată, simptomele persistând timp de mai mulți ani înainte ca subiectul să intre în atenția psihiatrilor şi colaboratorilor.
- Tulburarea apare după un stresor precipitant.
- Simptomele diferă în funcție de sexe: femeile acuză de obicei cefalee, bărbații, dureri ale zonei dorsale.
- Se menționează istoric familial crescut de depresie, alcoolism şi chiar tulburare cu durere psihogenă.

Etiologie

- Poate fi implicată motivația prin mecanismul beneficiului primar, dar durerea nu este produsă intenţional şi nici simulată pentru beneficii secundare.

Tratamentul

- ***Tratamentul*** urmăreşte reabilitarea neavând ca obiectiv îndepărtarea durerii, ci coexistența cu aceasta. Principala abordare terapeutică este psihoterapia: comportamental-cognitivă, de grup, familială, hipnoza.
- Tratamentul farmacologic va evita iatrogenizările şi va trata eventualele comorbidități psihiatrice. Se utilizează antidepresivele triciclice sau inhibitoarele selective a recaptării serotoninei (ISRS).

Tulburarea hipocondriacă

- Este definită ca teama sau preocuparea persistentă, privind posibilitatea de a avea una sau mai multe boli somatice serioase şi progresive, în ciuda faptului că acestea nu pot fi susținute de semne sau simptome fizice.
- Această teamă sau preocupare persistă în ciuda controalelor şi consultațiilor medicale în urma cărora pacientul este asigurat că boala nu există.
- Tulburarea e înregistrată ca atare dacă durează cel puțin 6 luni. Senzații banale sau puțin difuze sunt adesea interpretate ca fiind anormale şi supărătoare, iar atenția este de obicei centrată pe unul sau două organe sau sisteme ale corpului. O depresie sau anxietate mascată pot fi adesea identificate de specialist şi pot justifica un tratament adițional.

Pentru un diagnostic cert, ***conform ICD-10,*** *trebuie îndeplinite următoarele criterii:*

(a). o convingere persistentă privind prezența uneia sau a mai multor boli somatice serioase, ca substrat al simptomelor acuzate, chiar dacă investigații şi examinări repetate nu au identificat o cauză somatică adecvată; sau o preocupare persistentă privind o presupusă desfigurare sau deformare;

(b). un refuz persistent de a accepta sfatul şi asigurările mai multor medici diferiți că nu există nici o boală somatică sau anormalitate în spatele simptomelor.

Criteriile de diagnostic conform DSM-IV-TR

A. Preocuparea subiectului în legătură cu faptul că ar avea sau chiar convingerea că are o maladie severă, bazată pe interpretarea eronată de către acesta a simptomelor corporale;

B. Preocuparea persistă în pofida evaluării medicale corespunzătoare şi a asigurării de contrariu;

C. Convingerea de la primul criteriu nu este de intensitate delirantă (ca în tulburarea delirantă, de tip somatic) şi nu este limitată la preocuparea circumscrisă la aspect (ca în tulburarea dismorfică corporală);

Criteriile de diagnostic conform DSM-IV-TR

D. Preocuparea cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă în domeniul social, profesional ori în alte domenii importante de funcționare;

E. Durata perturbării este de cel puțin 6 luni;

F. Preocuparea nu este explicată mai bine de anxietatea generalizată, tulburarea obsesivo-compulsivă, panică, un episod depresiv major, anxietatea de separare sau altă tulburare somatoformă.

Tablou clinic

- Tulburările pot începe la orice vârstă, dar mai frecvent debutul este situat la începutul perioadei adulte, rar după vâsta de 50 de ani; tulburarea apare atât la bărbați cât şi la femei, şi nu există caracteristici familiale particulare (în contrast cu tulburarea de somatizare).
- Frica de prezența uneia sau mai multor boli (nosofobia) face parte din hipocondrie.

În hipocondrie, preocuparea poate interesa:

- funcții ale corpului (de exemplu, bătăile cordului, transpirația sau peristaltismul),
- anomalii somatice minore (de exemplu, o mică durere sau o tuse ocazională),
- sau senzații somatice vagi şi ambigue (de exemplu, “inimă obosită”, “vene dureroase”).

Persoana atribuie aceste simptome ca semne ale unei maladii (suspectate) şi este foarte interesată de semnificația, autenticitatea şi etiologia lor.

Temerile pot implica diverse sisteme (organo-funcționale ale corpului, simultan sau la date diferite), sau poate exista o preocupare pentru un singur organ sau o singură maladie. “Umblatul din doctor în doctor” şi deteriorarea relației doctor-pacient cu frustrare şi supărare de ambele părți, sunt comune. Subiecții cu această tulburare cred adesea că ei nu au primit asistență medicală corespunzătoare şi se opun cu tenacitate trimiterii la unitățile de sănătate mintală.

- Relațiile sociale devin tensionate, pentru că individul cu hipocondrie este preocupat de condiția sa de om bolnav şi se aşteaptă la un tratament şi atenție specială.
- Viața de familie poate fi perturbată pe măsură ce ea se centrează pe starea sănătății somatice a subiectului. Adesea preocuparea interferează cu funcționarea la serviciu şi face ca persoana să absenteze frecvent.

- Unii pacienți cu forme mai uşoare rămân în cadrul asistenței primare şi a altor specialități medicale nepsihiatrice. Trimiterea la psihiatru este adesea considerată ca ofensatoare, necesitând o colaborare plină de tact între medicul de familie, specialist şi psihiatru.
- Gradul incapacităților asociate este foarte variabil: unii pacienți domină sau manipulează familia sau rețeaua socială ca rezultat al simptomelor lor, iar alții, o minoritate, funcționează aproape normal.

Diagnosticul diferențial

Afecțiuni medicale.

- Hipocondria, la fel ca alte tulburări somatoforme este un diagnostic rezidual, care se pune după ce au fost excluse suferințe cu baze somatice reale şi au fost evidențiați factori stresanți şi de structură psihică particulară a persoanei.

Diagnosticul diferențial

- Afecțiuni psihiatrice; cele mai frecvente sunt: anxietatea, tulburarea de panică, anxietatea generalizată, depresia de intensități diferite, distimia. Hipocondria poate apărea ca simptom de însoțire sau comorbiditate cu o altă boală psihică: fobii specifice, tulburarea obsesiv-compulsivă, boli psihotice, tulburarea dismorfică. Diagnosticul diferențial psihiatric se cere făcut şi cu alte tulburări somatoforme.

- ***Evoluția*** este cronică, beneficiul secundar (protecția anturajului) fiind un factor de cronicizare.

Epidemiologie

- Prevalența în practica de medicină generală a fost raportată între 4-9%, înregistrându-se însă în funcție de contextul cultural, cifre statistice diferite: astfel în SUA prevalența este de 3-13% în populația generală, în Africa fiind de 1% (Brusco, Geringer,2000); incidența nu variază în funcție de sex. Frecvent, în antecedentele bolnavului (în copilărie), se întâlneşte o boală somatică, sau boala somatică la unul din membrii semnificativi ai familiei.

Etiologie

Etiopatogenia cuprinde următoarele ipoteze:

- Ipoteza psihodinamică explică hipocondria ca defensă a ego-ului împotriva unei vinovății simbolice, sau ca vector al heteroagresivității;
- Ipoteza atribuirii eronate sugerează că simptomul este rezultatulinterpretării greşite a senzațiilor corporale normale.
- Ipoteza teoriei învățării susține că pacientul găseşte în rolul de bolnav,întărit prin statutul social recunoscut ca atare, gratificarea nevoii afective de a fi îngrijit.

Tratament

- Tratamentul psihiatric având drept obiectiv terapeutic controlarea simptomelor, nu vindecarea lor (Sartorius şi colab., 1991), va combina tratamentul psihofarmacologic adecvat şi psihoterapia (psihoterapie de grup, dinamică: Fallon (1993), tehnici psiho-educaționale: Kellner (1991), terapia cognitivă).
- Primul pas îl constituie însă planificarea vizitelor la psihiatru, majoritatea pacienților adresându-se medicilor de familie sau de alte specialități.
- Pacientul va fi susținut psihologic să-şi comute atenția de pe simptomele hipocondriace; analizele de laborator vor fi recomandate numai dacă apar simptome obiectivabile somatic.
- Se vor trata comorbiditățile psihiatrice: depresia, anxietatea.

Tratament

- Se utilizează agenții serotoninergici: clomipramina (Anafranil) şi inhibitoarele selective a recaptării serotoninei (ISRS): Fluoxetina, în doza zilnică de 60-80 mg.
- Formele cu debut acut de boală, cu comorbidități somatice, fără tulburări de personalitate asociate au un prognostic mai bun. Alți factori de prognostic bun sunt: nivelul socio-economic mai ridicat, absența convingerii (pre)delirante de boală, absența beneficiului secundar.

Tulburarea dismorfică

- Elementul esențial al acestei tulburări este preocuparea referitoare la un defect în aspect.

Criteriile de diagnostic ***conform DSM-IV-TR***

A. Preocupare pentru un presupus defect în aspect, iar dacă este prezentă şi o uşoară anomalie fizică, preocuparea persoanei este net excesivă;

B. Preocuparea cauzează o detresă sau deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional ori în alte domenii importante de funcționare;

C. Preocuparea nu este explicată de o altă tulburare mentală (de exemplu, de insatisfacția în legătură cu conformația şi dimensiunea corpului din anorexia nervoasă).

- În această entitate sunt incluşi pacienții ce sunt preocupați de un defect imaginar în aspectul lor fizic şi care depăşeşte proporția oricărei anomalii somatice reale care poate exista. Acesta este denumit uneori dismorfofobie.
- În general debutul afecțiunii se situează între adolescență şi vârsta mijlocie şi se manifestă prin sentimentul accentuat că o anumită parte a corpului este urâtă, deformată sau cu defecte. De obicei, pacientul poate accepta că exagerează într-o anumită măsură, dar simte că problema este în continuare semnificativă. Pacientul consultă frecvent dermatologi, medici generalişti şi specialişti în chirurgie plastică.

- Preocuparea cauzează o stare de suferință subiectivă și o deteriorare semnificativă în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare.
- Acuzele implică frecvent defecte imaginare sau uşoare ale feței sau capului, cum ar fi subțirimea părului, acneea, ridurile, cicatricile, petele vasculare, paloarea sau roşeața feței, umflături, asimetrie sau disproporție facială, ori păr facial în exces.
- Alte preocupări comune includ conformația, dimensiunea sau un alt aspect al nasului, ochilor, pleoapelor, sprâncenelor, urechilor, gurii, buzelor, dinților, mandibulei, bărbiei, obrajilor sau capului.
- Însă oricare altă parte a corpului poate fi în centrul preocupării, de exemplu: organele genitale, sânii, fesele, abdomenul, brațele, mâinile, picioarele, coapsele, umerii, coloana vertebrală, regiuni mari ale corpului sau dimensiunea totală a corpului.

- Cei mai mulți pacienți cu aceste tulburări îşi descriu preocupările ca fiind “extrem de neplăcute”. Ei pierd adesea ore întregi gândindu-se la defectul lor, gânduri ce le pot domina în cea mai mare parte viața interioară.
- Sentimentul de jenă în legătură cu “defectul” lor poate duce la evitarea serviciului, sau a situațiilor publice.
- Îşi verifică frecvent defectul în oglindă; pot avea un comportament de ornare excesivă (pieptănare excesivă, smulgerea părului), pot încerca să-şi camufleze “defectul”(să poarte barbă, pălării, ochelari).
- Evitarea activităților uzuale poate duce la izolare socială (evită întâlnirile, interacțiunile sociale), au dificultăți maritale (divorțează). Ajung la spitalizări repetate, idei de suicid, la tentative şi chiar suicid complet.

- Tulburarea apare mai frecvent la sexul feminin, vârsta la debut fiind 15-20 de ani. Debutul afecțiunii poate fi gradual sau brusc şi are adesea o evoluție continuă, cu puține intervale fără simptome, chiar dacă intensitatea acestora se poate accentua sau diminua în decursul timpului. Partea corpului pe care este centrată preocuparea poate rămâne aceeaşi sau se poate schimba.

- Tulburarea dismorfică are diverse grade de intensitate şi de “captare” a preocupărilor pacientului.
- De aceea, o parte din aceste cazuri pot rămâne în circuitul vieții sociale mult timp, solicitând însă intens serviciile medicale.
- O altă categorie ajunge, de la început sau pe parcurs, la nivelul unei intensități delirante a simptomatologiei, situație în care cazurile respective urmează să fie plasate în categoria psihozelor delirante.

- Alte ***diagnostice diferențiale*** se fac cu: schizofrenia, cu depresia însoțită de preocupări somatice, cu tulburarea obsesiv-compulsivă, cu tulburarea de personalitate evitantă şi fobiile sociale.

- ***Prevalența*** tulburării nu este cunoscută.

- *Etiologia* este neelucidată, fiind implicată serotonina.

- ***Tratamentul*** cu antidepresive triciclice, inhibitori ai monoaminoxidazei (IMAO) şi pimozide (Orap) şi-a dovedit eficiența.Agenții serotoninergici: inhibitoarele selective a recaptării serotoninei (ISRS): Fluoxetina-Prozac, Magrilan, Framex şi clomipramina (Anafranil) sunt considerați a fi tratamentul de elecție (rezultate favorabile la cel puțin 50% din cazuri-Kaplan, Sadock 1998).

Alte tulburări somatoforme

Cuprind acuze limitate la sisteme sau părți specifice ale corpului, strâns asociate în timp cu evenimente sau probleme stresante sau au ca rezultat o creștere semnificativă a atenției, personale sau medicale, față de pacient.

Sunt incluse aici senzațiile de umflătură, mişcări pe piele şi parestezii (furnicături şi/sau amorțeli) cât şi:

- "globul isteric" (disfagie determinată de senzația de nod în gât şi alte forme de disfagie);
- torticolisul psihogen şi alte tulburări ale mişcărilor spasmodice;
- pruritul psihogen;
- dismenoreea psihogenă;
- bruxismul (scrâşnirea dinților).

Tulburarea somatoformă fără alte specificații

- Această categorie include tulburări cu simptome somatoforme care nu întrunesc criteriile pentru o tulburare somatoformă specifică, şi anume:
- pseudogravidia (pseudociesisul): convingerea falsă a persoanei că ar fi însărcinată, asociată cu semne obiective de sarcină, care pot include distensie abdominală (fără protruzia ombilicului), reducerea fluxului menstrual, amenoree, senzații subiective de mişcări fetale, greață, hipertrofie mamelară şi secreții, dureri de travaliu la data presupusă a naşterii. Pot fi prezente şi modificări endocrine, dar sindromul nu poate fi explicat de o condiție medicală generală care determină modificări endocrine (de ex.: tumori secretante de hormoni);
- o tulburare cu simptome hipocondriace nespecifice, cu o durată de mai puțin de 6 luni;
- o tulburare cu acuze somatice neexplicabile (de ex.: fatigabilitate sau slăbiciune corporală), cu o durată de mai puțin de 6 luni, care nu este determinată de o altă tulburare mentală.

Neurastenia

- În multe țări neurastenia nu este în general o categorie diagnostică utilizată. Este singura entitate păstrată din capitolul “nevroze” al vechilor clasificări psihiatrice, fiind în prezent recunoscută doar în Europa şi Asia. Este menționată ca atare doar în ICD-10 şi nu în ultimele ediții ale D.S.M., unde a fost absorbită de tulburarea somatoformă nediferențiată.
- Termenul de neurastenie a fost pentru prima dată utilizat de Beard, în secolul al XIX-lea, în America, pentru a descrie un sindrom de oboseală fizică şi mentală determinat de suprasolicitare dar şi de boli somatice cronice.

Tabloul clinic

- ***Tabloul clinic*** polimorf este dominat de epuizare, fatigabilitate excesivă după un efort fizic şi intelectiv, incapacitate de relaxare, dificultăți de concentrare şi persistență a atenției, iritabilitate, anhedonie, algii diverse (cefalee în cască, dureri musculare, palpitații), insomnie de adormire şi preocupare crescută față de corporalitate.
- Asociat pot apărea: depresia, anxietatea, disfuncțiile sexuale (tulburarea erectilă, anorgasmie), îngrijorare privind o scădere a stării de bine mentale şi corporale.

Conform ICD-10, pentru un diagnostic cert sunt necesare următoarele criterii:

(a). Acuze persistente şi supărătoare de fatigabilitate crescută după efort mental, sau acuze persistente şi supărătoare privind slăbiciune şi epuizare corporală după efort minim.

(b). Cel puțin două din următoarele:

- algii şi dureri musculare;
- amețeli;
- cefalee de tip tensiune;
- tulburări de somn;
- incapacitate de relaxare;
- iritabilitate;
- dispepsie;

(c). Nici un simptom vegetativ sau depresiv prezent nu este suficient de persistent şi de sever pentru a întruni criteriile pentru oricare din tulburările specifice din această clasificare.

Diagnosticul diferențial trebuie făcut cu:

- Astenia de epuizare care spre deosebire de neurastenie dispare după odihnă;
- Astenia determinată de suferințe somatice precedente sau concomitente (afecțiuni hepatice, renale, cardiace, respiratorii, miopatice);
- Astenia prezentă în unele faze ale psihozelor fie în debut dar mai ales în stări defectuale (post proces schizofren);
- Tulburările anxioase;
- Depresia, distimia;

Diagnosticul diferențial

- Tulburări somatoforme (tulburarea de somatizare, de conversie, hipocondria, tulburarea dismorfică corporală, tulburarea algică). Esența sindromului neurastenic o constituie insistența pacientului asupra fatigabilității şi preocuparea sa privind eficiența sa scăzută mentală şi psihică, în contrast cu tulburarea somatoformă, unde acuzele somatice şi preocuparea pentru boala somatică domină tabloul clinic.
- Sindromul oboselii cronice.

Cea mai sigură metodă este de a exclude toate aceste tulburări utilizând criteriile actuale de diagnostic DSM-IV-TR şi ICD-10.

- ***Evoluția*** poate fi cronică, dacă afecțiunea este netratată. Debutul poate fi precoce (chiar în adolescență), de obicei fiind la vârsta adultă mijlocie.

Epidemiologie

- Se pare că 1% din populație suferă de această tulburare; într-un studiu din Elveția, în 1994, s-a găsit o prevalență de 12% (Kaplan, Sadock, 1998).

Etiologie

- Etiopatogenic intervin factorii implicați în general în constituirea şi manifestarea stării de nevroză, cu accent deosebit asupra problemelor legate de muncă, de activitatea performantă. Ipoteza depleției monoaminice sub acțiunea cronică a stresorilor susține epuizarea psihică şi apariția anxietății şi depresiei. Ar coexista şi tulburări neuroendocrine (diminuarea secreției nocturne de melatonină, FSH, LH şi colesterol). Se incriminează şi infecții virale nediagnosticate.

Tratamentul

- ***Tratamentul*** implică diverse forme de psihoterapie inclusiv terapie cognitivă,cu scopul de a-l determina pe pacient să evalueze corect situațiile şi propriile capacități pentru a-şi propune obiective de care este cu adevărat capabil. Sunt utile exercițiile fizice uşoare, terapii corporale, cura sanatorială.

Tratamentul

- Terapia farmacologică este simptomatică cu agenți antidepresivi, antianxioşi, hipnoinductoare, benzodiazepine (administrate pe perioade scurte de timp, strict supravegheat, existând riscul auto-medicației) sau doze mici de stimulante (Metylfenidat-Ritalin).
- Inhibitoarele selective a recaptării serotoninei (Fluoxetina-Prozac, Magrilan, Framex,) sunt cele mai frecvent utilizate datorită dublului lor efect: antidepresiv şi anxiolitic.
- Mirtazapina (Remeron), un antidepresiv din noua generație, are şi proprietăți hipnoinductoare, fiind util în acest tip de simptomatologie.

Sindromul oboselii cronice

- Se caracterizează prin prezența în prim planul simptomatologiei a oboselii cronice, insomniei şi diminuării capacității de concentrare, pe o perioadă de cel puțin 6 luni, care reduc capacitatea de funcționare normală a subiectului. Se asociază numeroase simptome somatoforme: cefalee, artralgii, greață, dureri, crampe musculare, disconfort gastric, uscăciunea gurii, gust amar, diaree, constipație, începețoşarea vederii, vertij, transpirație, palpitații, dispnee, bufee de căldură, disfuncție sexuală, precum şi dispoziție depresivă, atacuri de panică, insomnie.

- ***Diagnosticul pozitiv*** se face doar după excluderea tuturor celorlalte cauze posibile de oboseală.

Diagnosticul diferențial

- ***Diagnosticul diferențial*** se face atât cu afecțiuni somatice (hipotiroidism, scleroza multiplă, mononucleoza infecțioasă, SIDA) cât şi psihiatrice (tulburări din seria somatoformă, neurastenie, tulburări anxioase şi depresive). O atenție deosebită se acordă diagnosticului diferențial cu depresia majoră, întrucât 80% din pacienții care pot fi incluşi în criteriile diagnosticului oboselii cronice pot primi acest diagnostic (Kaplan, Sadock 1998).

Epidemiologie

- Prevalența nu a fost estimată, dar incidența ar fi de 1/1000, mai ales la tineri (20-40 ani). Tulburarea este de 2 ori mai frecventă la femei.

Etiologie

- Etiologia este necunoscută. A fost implicat virusul Epstein-Barr dar ipoteza nu s-a confirmat.

Evoluție

- Prognosticul favorabil implică continuarea activității (chiar la un nivel profesional inferior pregătirii) şi menținerea contactelor sociale.

Tratamentul

- ***Tratamentul*** este de natură psihoterapică (suportiv, cognitiv, de grup) dar pot fi utilizate şi medicaţii simptomatice: antidepresive (Bupropion -Wellbutrin, Nefazodone), anxiolitice, nootrope (Metylfenidat), roborante.

Tulburarea de depersonalizare-derealizare

- Este o entitate nosografică întâlnită doar în ICD-10. Tulburarea de depersonalizare-derealizare este o tulburare în care pacientul se plânge că propria sa activitate mentală, propriul corp şi/sau ambianța proprie sunt schimbate în calitățile lor, astfel încât apar ireale, îndepărtate sau automatizate. Corpul său îi apare devitalizat, anormal; el poate simți că nu mai elaborează propriile gânduri, amintiri, imagini, că mişcările şi comportamentul său nu-i mai aparțin iar ambianța pare să-şi fi pierdut culoarea, apărând ca artificială, sau ca pe o scenă pe care oamenii interpretează roluri impuse. Uneori, pacientul poate să se simtă ca şi cum s-ar vedea pe sine de la distanță, sau ca şi cum ar fi mort. Acuza de pierdere a emoțiilor este întâlnită cel mai frecvent.

*Pentru un diagnostic cert, **conform ICD-10**, trebuie îndeplinite următoarele criterii:*

(a). Simtome de depersonalizare, adică pacientul simte propriile sentimente şi/sau trăiri ca fiind detaşate, distante, străine lui însăşi, pierdute etc.;

(b). Simptome de derealizare, adică pacientul percepe obiectele, oamenii, ambianța, ca fiind ireale, distanțate, artificiale, lipsite de culoare, de viață etc.;

(c). Acceptarea că aceasta este o schimbare subiectivă şi spontană şi nu impusă de forțe exterioare sau de alte persoane (comprehensiune intuitivă-“insight”);

(d). Un senzoriu clar şi absența stării confuzionale toxice, sau epilepsiei.

- Sindromul de depersonalizare-derealizare poate apare la indivizi sănătoşi mental în stări de oboseală, deprivare senzorială, ca fenomen hipnagogic/hipnopompic, în momente de mare pericol vital (aşa numitele “trăiri în preajma morţii”).
- De obicei, fenomenul depersonalizării-derealizării este întâlnit în intoxicaţii cu halucinogene, în contextul tulburării depresive, fobice şi tulburării obsesiv-compulsive.

Diagnosticul diferențial

- ***Diagnosticul diferențial*** trebuie făcut cu schizofrenia (prezența delirurilor de transformare sau pasivitate, de influență), cu tulburările disociative (lipseşte conştientizarea tulburării), aura preictală a epilepsiei de lob temporal, cu unele stări postictale ce pot include fenomene de depersonalizare şi derealizare ca fenomene secundare, sau cu demența cu debut timpuriu.